# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL


## SOMMAIRE


**Clinique chirurgicale** : Contribution au traitement des kystes du cou. Kyste séreux congénital chez un enfant d'un an, occupant le cou et le médiastin antérieur. Ablation partielle. Guérison, par le Dr Verchère, 757. — **Clinique médicale** : Pneumonie double, hypothermie, adynamie, muguet. — Traitement par des bains frais. — Amélioration en 3 jours. — Guérison,, par le Dr Auguste Voisin, 759. — **Bibliographie** : Le diagnostic de la suggestibilité, par le Dr Lucien Moutin, 760. — **Académie des sciences** : *Séance du 9 novembre*, Présidence de M. Cornu. — Sur un nouveau ferment du sang, 760. — **Académie de médecine** : *Séance du 17 novembre*. — Présidence de M. Hervieux. — Tuberculose des petits animaux, 761. — Recherches sur le chloroforme, 791. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 13 novembre*. — Présidence de M. d'Heilly. — Opalescence du sérum chez certains albuminuriques, 762.— Kyste dermoïde du petit bassin évacué par la vessie, 762. — **Société de chirurgie** : *Séance du 18 novembre* — Présidence de M. Ch. Monod. — Traitement des kystes congénitaux du cou, 762. — Traitement du prolapsus du rectum, 672 * Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, 762. — Accidents de péritonite généralisée au cours de la grossesse. Laparatomie. Salpingite à pédicule tordu. Guérison, 762. — Anus contre nature. Résection du cœcum. Suture par le bouton de Murphy, 762. — **Société française de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 12 novembre*. Présidence de M. Besnier. — Deuxième note sur un cas typique de lir chen scrofulo sorum, 760. — Deuxième note sur un mycosis fongoïde, 700. — Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose, 760. — Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale, 760. — Pemphigis et maladie de During avec troubles nerveux et arthropathies, 764. — De l'origine myélopathique des pemphigus, 764. — Erythrodermie mycosique, 764. — Arthropathies syphilitiques, 764. — Nœvus acnéique unilatéral en plaques et en bandes, 764. — **Société de médecine de Paris** *Séance du 14 novembre*. — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière. — Sur les déplacements du cœur en rapport avec les déplacements du foie et de l'estomac, 764. — Rapport sur la candidature de M. Germe (d'Arras) . — **Variétés** : Le syndicat des médecins de la Haute-Saône, 770. — **Nouvelles**, 770.


## CLINIQUE CHIRURGICALE

### Contribution au traitement des kystes du cou. — Kyste séreux congénital chez un enfant d'un an, occupant le cou et le médiastin antérieur. — Ablation partielle. — Guérison.


Par le Dr F. VERCHÈRE

Chirurgien de Saint-Lazare


S'il est une question qui semblait devoir suivre le mouvement chirurgical moderne, c'est bien celle des kystes séreux du cou. La tumeur est aseptique, encapsulée, et tout devrait imposer comme règle opératoire l'ablation totale de la poche kystique, suivie de réunion inévitable par première intuition. Les observations publiées antérieurement d'ablation incomplète de ces kystes congénitaux avaient, par leurs résultats incomplets et parfois aussi par leur terminaison fatale, éloigné les chirurgiens de ce mode opératoire. On avait eu recours aux ponctions répétées, et même aux injections irritantes, teinture d'iode ou chlorure de zinc, au drainage de la poche espérant ainsi obtenir de parti-pris la suppuration du kyste et son occlusion ultérieure. Mais les bons résultats furent exceptionnels et les complications graves qui survenaient à la suite de la plupart de ces tentatives les firent définitivement abandonner.

Si nous relisons les préceptes donnés par Lannelongue dans son Traité des kystes congénitaux ou par Walther dans son article des affections du cou du Traité de Chirurgie, nous croyons que l'ablation totale de la poche est actuellement l'opération de choix, mais relisant les descriptions anatomo-pathologiques des kystes congénitaux, rappelons-nous les faits que nous avons eu à opérer et nous verrons combien rares relativement sont les cas où cette dissection de la poche peut être sans danger menée à bien.

Les rapports intimes de cette poche parfois si fine qui constitue le kyste séreux, avec les gros vaisseaux du cou, en rend la séparation le plus souvent impossible, et ce n'est qu'au prix des périls les plus grands que l'on peut souvent la détacher du paquet vasculo-nerveux. Les prolongements multiples de cette poche, ses loges qui viennent s'infiltrer pour ainsi dire entre les vaisseaux, ou sous les muscles, ne seront jamais poursuivis qu'au milieu des plus grandes difficultés.

Enfin est-on jamais sûr lorsque l'on est en présence d'un kyste séreux, congénital en apparence bien localisé, que l'on ne trouvera pas après son ouverture, ou pendant sa dissection, un prolongement intra-thoracique qui arrêtera le bistouri du chirurgien et le forcera à recourir à la méthode la plus simple, la moins dangereuse, et peut-être la plus efficace.

Le diagnostic peut en effet être des plus délicats, et, je le repète, le prolongement intra-thoracique peut complètement rester inconnu, ne se révéler par aucun symptôme, jusqu'au moment où on a pénétré dans la cavité kystique elle-même.

C'est un fait de cette nature qui m'a amené à ces réflexions que je viens soumettre aujourd'hui à la Société de chirurgie.

Il s'agissait d'un jeune enfant âgé de 6 mois lorsqu'il me fut amené pour la première fois. Il portait

au niveau de la région sous-maxillaire droite une tumeur mollasse, sous-cutanée, fluctuante et mobile, dans laquelle je reconnus tout de suite un kyste séreux congénital. Le petit enfant était en bon état. L'appétit était bon. La tumeur que l'on avait remarqué depuis quelques semaines ne semblait le gêner en aucune façon, elle se tendait pendant ses cris, mais rien ne semblait causer aucun trouble fonctionnel. Je conseillai d'attendre et de voir si l'accroissement de cette tumeur ne serait pas assez lent pour nous permettre de surseoir pendant assez longtemps à une intervention sanglante. On me ramena l'enfant 6 mois après ; la situation avait totalement changé. La tumeur s'étendait alors jusqu'à la partie moyenne du cou, et était nettement perceptible jusqu'au milieu du corps thyroïde. Elle était tendue, et il était possible de faire saillir par la pression un prolongement en arrière du sterno-mastoïdien qui alors bandait la tumeur et la divisait en deux lobes. Pendant les cris de l'enfant elle se tendait isolément, enfin pendant le sommeil la respiration était bruyante, l'enfant faisait entendre une sorte de ronflement trachéal qui effrayait ses parents et les décidèrent à me l'amener.

Devant l'état de tension très marquée de la tumeur, je me décidai à faire une ponction que je considérai comme purement palliative. Celle-ci me donna à peu près 150 grammes d'un liquide citrin parfaitement limpide, la tumeur s'affaissa en partie, mais il en m'en restait pas moins la sensation de quelques poches plus petites indépendantes et qui n'avaient pas été touchées par la ponction.

Aucun trouble ne survint après celle-ci, mais le liquide se reproduisit très rapidement et soupçonnant, par le fait de la tension très nette de la poche pendant les cris de l'enfant, un prolongement dans le médiastin, je montrai l'enfant au professeur Lannelongue. Celui-ci l'examina et crut pouvoir supposer qu'il n'existait pas de prolongement — et que par suite l'intervention serait possible — que l'ablation pourrait être faite et était rendue nécessaire par l'accroissement rapide du kyste et les troubles fonctionnels qu'il déterminait.

J'opérai l'enfant le 7 novembre 1894, avec l'aide de mes collègues et amis, Monnier et Ozenne. Je fis une grande incision le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien et pus trouver de suite la poche kystique. Celle-ci était même transparente et put assez facilement être séparée de la peau. La dissection sur toute la partie interne fut assez facile, et j'abordai résolument la partie profonde par le côté interne. Mais en incisant une adhérence profonde, j'ouvris ma poche kystique, il sortit un liquide citrin, et je pus alors voir quels étaient les rapports de ce kyste, par sa face interne. Il tapissait complètement le paquet vasculo-nerveux, comme le péritoine l'intestin, lui formant une véritable tunique supplémentaire. Un prolongement passait au-dessous du sterno-mastoïdien et venait faire saillie sous la peau, en arrière de lui. Je pus le disséquer complètement et ramener la paroi vers mon incision antérieure. En haut, un autre prolongement s'étendait vers le conduit trachéal et formait une véritable loge indépendante, que j'ouvris et disséquai, en ramenant toujours ma poche réunie en bourse vers l'incision cutanée.

Cela fait, le fond de ma cavité kystique était constitué par les gros vaisseaux du cou, que l'on pouvait suivre dans toute leur étendue, indépendants et tapissés par la paroi kystique. Celle-ci aussi gagnait les artères carotides externe et interne, jusqu'à deux centimètres à peu près après leur séparation. Je me mis alors en devoir de séparer la partie inférieure de mon kyste et de faire ma dissection, mais là je trouvai un prolongement cloisonné que j'ouvris par l'intérieur de ma poche, et je pus facilement constater avec le doigt introduit tout entier dans cette poche, que je suivais la carotide primitive, le tronc brachio-céphalique veineux, et que, passant derrière la clavicule et le sternum, mon doigt pouvait très aisément parcourir le médiastin antérieur, dont la pulpe atteignait le fond formé par la poche kystique tapissant le sommet du péricarde au-dessus duquel je percevais manifestement le contact intermittent du cœur. La partie postérieure était fermée par l'aorte, dans sa partie ascendante, et par le tronc brachio-céphalique veineux, que je voyais très nettement se gonfler pendant l'expiration de l'enfant.

Je ne songeais plus, on le conçoit, à tenter de disséquer cette énorme étendue de vaisseaux, ce qui m'eût du reste été rendu impossible sans résection osseuse, et je me contentai de marsupialiser ma poche. C'est-à-dire que, persuadé d'avoir détruit toutes les cloisons secondaires, d'avoir transformé mon kyste en une seule cavité largement ouverte, d'avoir ramené tout ce que je pouvais avoir disséqué, je suturai les bords de ma poche à l'angle inférieur de mon incision cutanée, et je tapissai d'un véritable Mickulicz à la gaze iodoformée la partie médiastine et la partie carotidienne du kyste.

La suture de mon incision fut faite au crin de Florence et je pansai l'enfant.

Les suites furent extrêmement simples, ni élévation de température ni trouble dans la santé générale. Je n'éprouvai quelque difficulté que pour l'ablation de ma gaze iodoformée qui était devenue adhérente. J'hésitai à opérer une traction trop forte qui eût pu déchirer quelque gros vaisseau et je dus attendre assez longtemps avant de pouvoir enlever le sac extérieur de mon tamponnement. La diminution de la cavité s'était faite très rapidement et ma gaze iodoformée se trouvait intérieurement serrée dans ma cavité médiastine.

Je parvins cependant à l'enlever. Il persista à la suite une petite fistulette qui ne se ferma que trois mois après l'opération. Depuis cette époque, il y a actuellement 20 mois, l'enfant est en parfaite santé et n'a d'autre trace de son affection qu'une cicatrice froncée au niveau de la partie moyenne du cou.

Cette rétraction rapide, cette disparition complète de la cavité kystique, laissée adhérente aux vaisseaux, sans réaction, sans trouble d'aucune sorte, n'est-elle pas en faveur de l'intervention beaucoup moins grave, beaucoup moins dangereuse que j'ai pratiquée?

Je sais bien que dans les cas d'impossibilité d'enlever toute la poche adhérente au médiastin comme dans celui que j'ai eu à opérer, tous les auteurs sont d'accord pour admettre qu'il ne faut pas quand même chercher à enlever toute la paroi kystique. Je sais bien que dans ces cas la rescission partielle de la poche a été recommandée, mais je me demande s'il ne serait pas beaucoup plus prudent de se contenter de ce même mode de faire dans tous les cas, si ce n'est qu'aux prix des plus grands dangers évités et des plus grandes difficultés vaincues que l'on est arrivé à obtenir la satisfaction chirurgicale d'avoir retiré toute la paroi kystique.

N'est-il pas plus sage de ne pas courir le danger d'ouvrir soit la carotide primitive, soit la jugulaire interne chez un jeune enfant, ne l'oublions pas, de ne pas s'exposer à une terminaison fatale possible afin d'avoir seulement eu l'habileté de mener à bien une opération difficile et théoriquement indispensable. Je me demande si, dans tous les cas, il ne serait pas plus prudent de regarder comme méthode pratique, même de choix, la rescision de la poche et le tamponnement à la Mickulicz du fond de la poche adhérente. Il suffit de ne pas faire d'inoculation à ce niveau, pour qu'aucune réaction dangereuse ne se produise, quelle que soit l'étendue de la poche kystique qu'on sera forcé d'abondonner. Je n'en veux pour preuve que l'heureuse issue de l'observation que je viens de rapporter.

Ces mêmes prolongements du médiastin sont peu fréquents, je n'en ai trouvé qu'un cas rapporté dans le livre de Lannelongue, où il atteignait aussi le péricarde, cas qui a été traité par les ponctions successives et qui s'est terminé par la mort.

On ne pourra évidemment songer ici à d'autre méthode que celle que je viens de défendre, je n'ajouterai qu'un point que je crois important, c'est de ne laisser aucune poche secondaire. C'est par la cavité principale du kyste que l'on devra explorer tous les prolongements possibles et aussi toutes les poches plus ou moins indépendantes, que l'on est presque toujours assuré devoir exister. Si elles ne communiquent que par des pertuis plus ou moins étroits, il suffira de dilater ceux-ci avec un instrument mousse, car souvent, il siège entre deux gros vaisseaux, de vider la poche et de la dilater avec une mèche de gaze.

S'il existe des poches indépendantes, on les reconnaîtra à la minceur et à la transparence de la cloison de séparation, souvent à une teinte plus ou moins brune qui tranche sur la teinte grisâtre et brillante de la face interne du kyste. On détruira ces cloisons et on traitera la loge kystique par le tamponnement.

En résumé, je pense qu'il faudrait restreindre l'emploi de l'ablation totale de la poche kystique dans le traitement des kystes congénitaux du cou ; la laisser comme la méthode idéale mais qui doit être abandonnée dès qu'il existe de véritables difficultés dans la dissection de la poche, dès que celle-ci est en contact trop intense et trop étendu avec les gros vaisseaux du cou ; que cette dissection expose à des dangers, souvent évités par l'habileté du chirurgien, qui ne sont pas compensés par les résultats obtenus. La rescission partielle de la poche donne des résultats tout aussi bons et n'expose à aucun danger, dès le moment qu'on ne commet pas d'inoculation, et que l'on transforme le kyste en un kyste uniloculaire.

## CLINIQUE MÉDICALE

### Pneumonie double, hypothermie, adynamie, muguet — Traitement par des bains frais. — Amélioration en 3 jours. — Guérison.

Par M. le Dr Auguste Voisin

L'observation suivante a pour but de montrer l'heureuse influence de bains frais dans un cas de pneumonie double, compliquée de muguet, d'adynamie et d'hypothermie.

La nommée H., âgée de 68 ans, aliénée chronique (hallucinations, délire de persécution et démence) était dans mon service de la Salpétrière depuis 1865.

Le 2 mai 1895, elle est prise de malaise, frissons et d'un point de côté à gauche.

Le 3, pneumonie constatée en bas, à gauche. Crachats rouillés, souffle, etc. Temp. axill. 39° 6. Application d'un vésicatoire.

Le 4, 2e vésicatoire un peu plus haut, à gauche. Temp. axill. 39° 2.

Le 5, pneumonie en bas à droite, 3e vésicatoire en cette région. Temp. axill. 38° 6.

Le 7, langue grillée, apparition de muguet sur la langue, la voûte palatine, les gencives et les joues. Adynamie profonde. Temp. axill. 36° 8.

1er *bain* à la température de 25°, durant 10 minutes. Temp. avant le bain, 36° 8; dix secondes après le bain 36° 5.

2e bain à 23°, 5 heures après le premier. Temp. avant le bain 37,4 ; 1 heure après 36,5.

3e bain à 22°, 5 heures après le 2e. Temp. avant le bain 37,2; 1 heure après 36,8. Badigeonnages boratés dans la bouche toutes les 1/2 heures.

Le 8, la langue est moins sèche. Muguet moins étendu. Adynamie un peu moins grande.

4e bain à 22°. Temp. avant 37°; 1 heure après 36,5.

5e bain à 22°. Temp. avant le bain 37,6; 1 heure après 37,2.

6e *bain* à 22°, temp. avant 37,6; temp. 1 h. après 37,2.

7e *bain* à 22°, temp. avant 37,6; temp. 1 h. après 37°.

Le 9, amélioration très notable de la pneumonie. Râles sons crépitants. Disparition de l'adynamie et grande diminution du muguet.

8e *bain* à 22°, temp. avant 37,6; temp. 1 h. après 37°.

9e *bain* à 22°, temp. avant 37,4; temp. 1 h. après 37,4.

L'adynamie ayant disparu *je fais cesser les bains.*

La pneumonie double est entrée *en défervescence.*

Il ne reste du muguet qu'un bouton sur le dos de la langue.

En résumé, cette malade, atteinte d'aliénation mentale chronique et de cachexie spéciale à son état mental, a été prise d'une pneumonie double qui s'est compliquée le 4e jour de muguet, d'adynamie profonde et d'hypothermie qui indiquaient une terminaison fatale à bref délai.

J'ai pensé que des bains frais pourraient agir comme toniques du système nerveux et du système circulatoire.

J'ai fait donner 3 bains par 24 heures de 10 m. de durée et j'ai été assez heureux pour relever les fonctions vitales et voir disparaître tous ces phénomènes graves en trois jours.

Leur cessation a tellement coïncidé avec le traitement balnéaire qu'il me paraît impossible de nier la relation de cause à effet.

Je n'ai trouvé dans les recueils médicaux aucune observation où l'hypothermie, l'adynamie et le muguet aient été ainsi traités et avec succès.

## BIBLIOGRAPHIE

**Le diagnostic de la suggestibilité**, par M. le Dr Lucien Moutin, Paris, Société d'édit. scientifique, 1896.

Dans ce travail inaugural, l'auteur, un convaincu de l'importance de la suggestion en thérapeutique, a voulu décrire un phénomène peu connu qui permettrait d'établir à quel point ou si une personne est suggestionnable. Le moyen employé pour y arriver consiste à appliquer légèrement la main sur les omoplates, ce qui développerait chez un grand nombre de femmes, en moins d'une ou deux minutes, une sensibilité se traduisant par des sensations plus ou moins anormales et par des mouvements attractifs à peu près irrésistibles, qui forcent ces personnes à suivre les mouvements de l'opérateur. Ce phénomène permettrait d'établir ce diagnostic de la suggestibilité, car les individus chez lesquels il se produit sont plus ou moins susceptibles d'être influencés par la suggestion. En outre, il développerait la suggestibilité par la répétition de l'acte, et l'individu tout en restant conscient et volontaire deviendrait plus apte à subir la suggestion. L'auteur donne à ce procédé d'application l'épithète de neuroscopique, procédé qui produirait des effets plus ou moins marqués sur la moitié des individus.

La raison d'être de la recherche de ce phénomène réside dans l'application que l'on peut faire de la thérapeutique suggestive, plus ou moins utile selon le degré de suggestibilité de l'individu. Tant vaut le malade, tant vaut le remède. Nous ne nions pas d'ailleurs l'influence de la suggestion en thérapeutique, ni même son utilité, bien au contraire. Mais peut-être trouvons-nous que les psychothérapeutes se font la part un peu large.

Le Dr Moutin étudie encore les procédés qui peuvent servir à développer la suggestibilité et suppléer dans une certaine mesure à la suggestion; l'hypnotisme, l'électro-thérapie, la métallothérapie sont ainsi des adjuvants de la suggestion.

Cette étude amène l'auteur à supposer qu'il excite dans le système nerveux une propriété encore mal connue, mal étudiée, celle d'agir à distance par une sorte de rayonnement ou d'influence plus ou moins analogue à ceux de la chaleur, de la lumière et de l'électricité. C'est d'ailleurs là une hypothèse, comme le dit lui-même M, Moutin, qui doit être soumise au contrôle prolongé de l'expérience.

L. J.

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 9 novembre 1896. — Présidence de* M. A. Cornu

**Sur un nouveau ferment du sang.** — M. Hanriot. Dans des notes antérieures j'ai montré que les aliments amylacés se transforment presque intégralement en graisses dans l'organisme, avec dégagement de $CO^2$ sans accession d'oxygène correspondant; la graisse est donc la seule réserve un peu importante hydrocarbonée. Depuis, je me suis demandé comment ces réserves graisseuses pouvaient être remises en circulation et être utilisées par l'organisme.

Les graisses ne sont pour ainsi dire pas attaquées par le carbonate de sodium à la température du corps; il n'était donc pas possible que la faible alcalinité du plasma sanguin suffit à les saponifier; j'ai donc cherché si le sang ne contiendrait pas un ferment capable de réaliser cette attaque.

Les graisses naturelles se prêtent mal à cette étude ; par leur insolubilité, par celle des acides gras qui résultent de leur dédoublement, elles ne sont guère mouillées par le sang qui n'a sur elles qu'une action fort lente. Aussi je me suis adressé d'abord aux éthers à acides gras proprement dits, et, plus particulièrement, à un éther peu soluble dans l'eau, mais facilement émulsionnable, *la monobutyrine*, découvert par M. Berthelot, qui a signalé sa facile saponification par le suc pancréatique. A l'aide de ce réactif on peut aisément suivre la marche de la saponification, lorsqu'elle a lieu en titrant au carbonate de sodium l'acide butyrique mis en liberté.

J'ai d'abord constaté que le sérum du sang saponifie aisément et très activement la monobutyrine, quand la solution est neutre ou légèrement alcaline ; mais cette saponification se ralentit considérablement si l'on n'a pas soin de saturer au fur et à mesure l'acide mis en liberté. De plus, pour des temps égaux, et en employant des quantités égales de butyrine, l'acidité croît régulièrement avec la quantité de sérum employée, ce qui permet, jusqu'à un certain point, de comparer entre elles les activités des divers sérums, et, par suite, leur richesse en ferment. Dans les déterminations de ce genre, on ne doit tenir compte que des résultats obtenus dans les premières heures, car l'action se ralentit par suite d'un phénomène sur lequel je reviendrai.

Pour bien établir qu'il s'agit, dans ces expériences, d'une véritable fermentation diastasique, j'ai opéré aseptiquement de façon à écarter l'influence des ferments figurés. D'ailleurs, l'acidité n'apparaît pas dans des tubes témoins contenant, l'un de la butyrine seule à la même dilution, l'autre du sérum seul. Enfin, dans une dernière expérience, j'ai porté du sérum à 90° pour détruire la diastase et j'ai constaté qu'il ne pouvait plus acidifier la solution de butyrine.

J'ai vérifié également que les huiles et les graisses naturelles sont saponifiées par le sérum, mais ici l'action est plus lente et ne peut être suivie aussi simplement ; on est forcé d'isoler l'acide gras formé ; cette saponification des graisses naturelles a trop d'importance pour que je ne la traite ici qu'en passant ; je me propose de lui consacrer une note spéciale.

J'ai de plus constaté que l'air n'intervient pas dans le phénomène qui se passe également bien à l'abri de l'oxygène.

Ce ferment, pour lequel je proposerai le nom de *lipase*, est très stable ; il persiste dans le sérum pendant fort longtemps ; au bout de huit jours, il m'a paru aussi actif qu'au début de l'expérience.

La présence de la lipase partout où il y a une réserve graisseuse à utiliser, aussi bien dans les végétaux que dans les animaux, comme je le montrerai dans une prochaine communication, montre que les phénomènes de la dénutrition semblent, chez les animaux et les plantes, s'exercer comme ceux de la digestion par l'intermédiaire des ferments solubles.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 17 novembre. — Présidence de* M. Hervieux.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de candidatures de MM. Bouilly, Kirmisson, Quénu et Delorme, dans la section de pathologie chirurgicale ; de M. Pierre Vigier dans la section de pharmacie. 2° Une lettre de M. le Dr François Cartier, qui adresse à l'Académie un pli cacheté sur un nouveau traitement de la tuberculose (recherches expérimentales).

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Benjamin Roux, inspecteur du service de santé de la marine, professeur de chimie à l'école de médecine navale de Rochefort, correspondant de l'Académie décédé à l'âge de 83 ans.

**Tuberculose des petits animaux.** — M. Cadiot lit un travail dont il déduit les propositions suivantes :

1° Les tuberculoses du chien, du chat et des psittacés sont, dans la grande majorité des cas, d'origine humaine.

2° La tuberculose du chien est une affection beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit encore actuellement, elle peut donner lieu, par suite d'inoculation, à des accidents externes, à des plaies ulcéreuses, à des fistules occupant d'ordinaire la région cervicale et dont le pus contient parfois de nombreux bacilles.

3° La tuberculose du chat peut s'accompagner de semblables lésions ayant également pour siège de prédilection le cou et la tête.

Si sous ses diverses formes la tuberculose des prittacés est identique à la tuberculose des mammifères, presque toujours elle s'exprime par des lésions de la peau, des muqueuses buccale, nasale ou oculaire et quelquefois par des ulcères dont le produit de sécrétion est très virulent.

Les faits s'accumulent qui montrent avec quelle facilité la tuberculose se communique par l'intermédiaire des locaux dans lesquels sont répandus des germes. Les moindres agents de dissémination de ces germes méritent d'être signalés et bien que l'infection de l'homme par les tuberculeux soit rare, il importe d'en déceler tous les facteurs.

**Recherches sur le chloroforme.** — M. P. Reynier est resté fidèle au chloroforme dont le maniement est beaucoup plus facile que celui de l'éther. Les malades réagissent d'une façon très différente vis à vis des anesthésiques. Un examen préanesthésique de chaque malade peut permettre de juger d'avance de ce qui peut se passer pendant la chloroformisation.

Dans une chloroformisation normale, les cellules cérébrales sont les premières atteintes, puis les cellules médullaires et, en dernier lieu, les cellules bulbaires. Suivant le plus ou moins de résistance de ces diverses cellules, des accidents mortels peuvent marquer le début de la chloroformisation. Chez les alcooliques, dont les cellules cérébrales sont dans un état d'hyperesthésie continuelle, on observe du délire, qui peut aller jusqu'au délirium tremens. Chez les hystériques, on peut noter toutes les variétés d'attaques hystériques, jusqu'à la paralysie et l'attaque syncopale. Il en est de même chez les épileptiques. Chez les morphinomanes peu intoxiqués, la chloroformisation se fait facilement et rapidement ; chez les autres, au contraire, elle est des plus dangereuses. Chez les ataxiques, la période d'excitation médullaire donne presque toujours lieu à des réflexes qui peuvent déterminer l'arrêt de la respiration et des mouvements du cœur.

Ces accidents, qui marquent le début de la chloroformisation, peuvent aussi se produire à la fin ; aussi on ne doit quitter les malades que lorsqu'ils sont complètement réveillés.

— Après la lecture d'une série de rapports sur les travaux envoyés pour les prix, l'académie se forme en comité secret à 4 heures pour entendre les conclusions de ces rapports.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 13 novemb. 1896. — Présidence de M.* d'HEILLY

**Opalescence et lactescence du sérum chez certains albuminuriques.** — M. ACHARD. Chez un phtisique ayant 10 grammes d'albumine par litre d'urine, j'ai observé la lactescence du sérum comme dans les cas cités récemment par MM. Widal et Sicard.

Au cours d'expériences faites sur les infections à proteus, avec M. Lannelongue, nous avons vu le sérum lactescent chez un lapin auquel nous avions pratiqué des inoculations de ce microbe dans la veine de l'oreille et qui, ayant survécu, présentait une forte proportion d'albumine dans l'urine. Chez d'autres animaux, dans les mêmes conditions, nous n'avons pas constaté ce phénomène.

On peut rapprocher de ces cas les épanchement chyliformes, dans lesquels souvent on ne constate pas de graisse. L'on a trouvé dans un cas une matière albuminoïde ayant la réaction de la caséine; chez une femme présentant une ascite due à une affection ovarienne indéterminée, nous avons pu recueillir du liquide d'apparence laiteuse, dans lequel il n'y a pas de graisse, mais des matières albuminoïdes, différentes de celle que l'on a constatée : il s'agit d'une nucléo-albumine et d'une globuline. L'état lactescent paraissait dû à d'innombrables granulations très fines et albuminoïdes.

M. WIDAL. Depuis ma dernière communication j'ai pu examiner trois sérums nouveaux de brightiques. Dans un cas, où il y avait 10 grammes d'albumine, le sérum était clair; dans les deux autres cas au contraire le sérum était opalescent dans l'un, lactescent dans l'autre. Chez ce dernier malade la lactescence apparente lors de l'entrée à l'hôpital, devint très apparente au bout de quelques jours : il présentait 1 gr. 50 d'albumine dans les urines.

Le régime lacté me paraît être sans action; en effet, au moment de l'entrée des malades à l'hôpital, avant l'administration du régime lacté, le sérum était déjà lactescent.

M. VARIOT. Chez des chiens auxquels j'avais fait des injections de sérum antidiphtérique, j'ai remarqué que le sérum était lactescent et cette lactescence m'a semblé être plus prononcée au bout de 5 à 6 jours. Comme ces chiens avaient surtout été alimentés avec du lait, je me suis demandé si cette lactescence du sérum était due à l'action du sérum antidiphtérique ou au lait. Dans son *Traité des humeurs*, Robin dit que le sérum peut être lactescent dans certaines affections comme le choléra et aussi à l'état physiologique.

M. WIDAL. Chez les chiens le sérum sanguin est souvent lactescent, surtout pendant la digestion : aussi les expérimentateurs ont-ils soin de laisser l'animal à jeun pendant 24 heures avant de recueillir ce sérum. Les chiens chez lesquels M. Variot a observé ce sérum lactescent étaient-ils albuminuriques ?

M. VARIOT. Je n'ai pas pu me rendre compte de l'état des urines. Le serum, chez ces chiens, avait l'aspect de l'eau de savon. Au miscroscope on voyait des globules graisseux; l'éther faisait disparaître la lactescence. Chez des lapins auxquels j'avais injecté du serum anti-diphtérique j'ai pu aussi constater la lactescence, mais moins prononcée.

M. ACHARD. Ceci semble indiquer qu'il y a deux sortes de lactescence, l'une due à la graisse, l'autre due à des granulations albuminoïdes fines.

M. WIDAL. Les anciens avaient déjà cette idée; pour ma part je n'ai jamais rencontré de graisse dans les cas que j'ai examinés, mais seulement des substances albuminoïdes.

**Kyste dermoïde du petit bassin évacué par la vessie.** — M. LEGENDRE. Une malade de 48 ans, entrée dans mon service pour une cystite, avait, avant son entrée, présenté des phénomènes graves et avait été soignée pour une dothiénentérie. A son entrée elle présentait des symptômes de cystite; elle émettait des urines purulentes et présentait des douleurs vésicales très intenses, des lavages de la vessie n'amenèrent aucune amélioration. Le 9 novembre, la malade expulsa pendant une miction une membrane constituée par un putrilage extrêmement fétide formé de matières sébacées et d'un grand nombre de petits poils blonds. Il y avait eu ouverture d'un kyste sébacé dans la cavité vésicale; M. Tuffier pratiqua le 11 novembre la laparatomie et trouva derrière la vessie et adhérent à l'intestin le kyste contenant encore de la matière sébacée et putréfiée et de nombreux poils. A l'entrée de la malade à l'hôpital j'avais pensé me trouver en présence d'une cystite post-éberthienne; le séro-diagnostic avait été négatif

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 18 novembre. — Présidence de* M. Ch. MONOD.

**Traitement des kystes congénitaux du cou.** — M. WALTHER fait un rapport sur un travail de M. VERCHÈRE. Il s'agissait d'un enfant porteur d'un kyste congénital siégeant au niveau de la gaine des vaisseaux et se prolongeant jusqu'au péricarde dont je vais rappeler l'observation avec détails. (V. ci-dessus p. 757).

Je crois que M. Verchère s'est laissé aller trop loin par suite des difficultés que l'on peut rencontrer. Si ces kystes sont souvent en rapport avec les gros vaisseaux du cou, ils sont aussi souvent faciles à détacher surtout de la veine jugulaire. Si l'on étudie les cas d'ablation totale des kystes, on voit que les accid nts infectieux sont ceux qui ont apparu, mais on ne trouve pas de faits d'hémorrhagies graves opératoires.

Quant aux poches secondaires, il est impossible de les ouvrir par la cavité principale quand elles sont petites, en grappe pour ainsi dire et l'on ne pourrait les atteindre par l'ouverture de la poche.

L'extirpation totale a été souvent suivie de succès, et doit être conservée sauf dans les cas d'adhérences impossibles à détacher, et dans les cas analogues à celui de M. Verchère où il existe des prolongements inaccessibles, tels que ceux allant vers le péricarde.

M. QUÉNU. J'adopte complètement les conclusions de M. Walther. Il est certain que lorsqu'ils ne sont pas enlevables, il faut laisser les prolongements des kystes congénitaux

du cou. Mais même au prix d'une dissection difficile, il est nécessaire d'enlever toute la poche si on peut le faire. — M. Walther n'a pas fait la différence qu'il y a entre les parois des différents kystes. Lorsqu'ils sont seulement séreux aux épithéliums plats, il peut suffire de faire l'ouverture large, le grattage et le drainage de la poche, mais quand on a affaire à un kyste à parois cutanées, plus ou moins épaisses, à contenu sébacé ou pileux, il est nécessaire de les enlever complètement. Je peux citer un cas chez une jeune fille où la poche épaisse, cutanée, contenait des cheveux et où il était parfaitement indispensable de tout enlever.

M. Kirmisson. L'extirpation complète des kystes séreux est non seulement possible, mais conseillée dans la plupart des cas. Ces tumeurs ont des rapports intimes avec les vaisseaux et ont parfois des prolongements qui devront entraîner à suivre la conduite qu'a suivie M. Verchère, et un cas que j'ai eu à opérer et à guérir j'ai été amené à faire exactement la même chose.

Quant à ce que dit M. Quénu, cela n'a nul rapport avec ce qui a été présenté par M. Verchère, il s'agit de tumeurs dermoïdes, tout à fait différentes.

M. Quénu. J'ajouterai qu'il y a des kystes mixtes et c'est pour cela que j'ai fait la remarque précédente et cité le fait que j'ai eu à traiter.

**Traitement du prolapsus du rectum.** — M. Schwartz. Cette question est remise en discussion par le travail de M. Nélaton.

J'ai opéré deux prolapsus du rectum par la méthode de Gérard Marchant.

Dans un cas il s'agissait d'une femme de 53 ans, dont le prolapsus datait de l'enfance. Le prolapsus était considérable. A la suite de l'intervention, la guérison se fit en un mois. Les résultats ultérieurs furent parfaits, et 18 mois plus tard il n'en était plus trace. J'ai vu aujourd'hui même la malade, l'intervention date de 3 ans. La malade n'a plus d'incontinence et le prolapsus ne s'est pas reproduit.

J'avais ajouté au procédé de Marchant une colpo périnéorrhaphie.

M. Nélaton. Je crois important de distinguer les cas comme le mien et celui de M. Schwartz où il s'agit d'une opération plutôt que d'un véritable prolapsus.

**Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.** M. Monod. J'ai été appelé il y a trois semaines pour voir un homme atteint de perforation intestinale. Je fis une laparotomie médiane qui donna issue à un flot de sérosité purulente et à une anse d'intestin grêle qui était perforée. Je suturai celle-ci et après lavages du ventre je fermai le ventre drainé.. L'amélioration fut apparente pendant 36 heures et le malade mourut. A l'autopsie on constata que la suture avait tenu.

C'est Leyden en 1884 qui eut l'idée d'intervenir au cours de la fièvre typhoïde. Louis en 1890 releva 11 observations avec 11 morts.

Je suis arrivé après recherches à un total de 35 cas, sur lesquels on relève 5 cas de guérison. Mais si on les examine on voit que ces 5 cas sont loin d'être certainement authentiques, trois entre autres, ceux de Murphy, de Hill et de Wagner. Deux seulement ne sauraient donner lieu à aucun doute, un en 1891 et un second en 1895.

Ce que l'on peut dire d'une façon formelle, c'est que la suture intestinale, même dans ces cas, tient, mais le malade est déjà en demi-collapsus, et il faut l'avoir soigneusement examiné avant de se décider à lui faire courir les risques d'une laparotomie grave. Enfin la perforation se fait au centre même du péritoine et l'infecte généralement.

J'ajouterai que les perforations sont souvent multiples, et que l'intervention ne peut avoir la prétention de les trouver toutes.

Un malade atteint de perforation au cours de fièvre typhoïde meurt ou doit mourir. Et n'y aurait-il qu'un seul cas (et il y en a 2) de guérison, que l'on devrait faire courir cette chance au malade, surtout si on est appelé dans de bonnes conditions.

M. Routier. Guidé par le point douloureux seul, chez un typhique, je fis une laparotomie qui me montra deux perforations que je pus suturer ; je laissai le ventre ouvert et malgré cela le malade succomba au dixième jour à deux nouvelles perforations.

Il y a différence entre les perforations du début de la fièvre typhoïde ou de la convalescence. Ces derniers ont été les seuls qui aient fourni les deux cas de guésison qui ont été rapportés.

**Accidents de péritonite généralisée au cours de grossesse. Laparatomie. Salpringite à pédicule tordu. Guérison.** — Présentation de la malade par M. Hartmann.

**Anus contre nature. Résection du cœcum. Suture par le Bouton de Murphy.** — Présentation du malade par M. Rochard.

F. Verchère.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

*Séance du 12 novembre 1896. – Présidence de* M. Besnier.

**Deuxièmo note sur un cas typique de lichen scrofulosorum.** — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. L'inoculation intra-péritonéale d'un fragment étendu de peau atteinte de cette éruption a donné des résultats négatifs ; il en a été de même de toutes les expériences analogues qui ont été faites jusqu'ici ; il résulte de ces faits que cette dermatose, dont la clinique a démontré la nature tuberculeuse, n'est pas engendrée directement par des bacilles émigrés dans les glandes pilo-sébacées, mais bien par des toxines émanées de foyers éloignés.

**Deuxièms note sur un mycosis fongoïde.** — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Il est survenu, chez une malade présentée antérieurement, des poussées locales érythémateuses ou œdémateuses, une gangrène massive d'une volumineuse tumeur, des éruptions bulleuses et suppuratives et une endo-péricardite ; ces complications, sauf la gangrène, reconnaissent selon toute vraisemblance pour cause prochaine la présence dans le sang de toxines émanées des foyers mycosiques et surtout de celui qui s'est gangréné en masse ; la transformation purulente du liquide des bulles doit être attribuée à l'intervention de microbes pyogènes banals.

**Sur un nouveau cas de l'affection dite folliclis et ses rapports possibles avec la tuberculose.** — MM. H. Hallopeau et G. Bureau. Cette affection est caractérisée cliniquement par l'apparition dans la profondeur du derme de petits nodules qui deviennent bientôt saillants, sont surmontés d'une vésico-pustule, laquelle se rompt et fait place à une ombilication centrale ; leur siège d'élection est la face dorsale des bras, particulièrement au niveau des articulations ; ils laissent à leur suite des cicatrices d'abord brillantes, nettement arrondies ou ovalaires, d'abord pigmentées, puis décolorées. Les auteurs en rapportent un fait dans lequel il existe concurremment une tuberculose pulmonaire et ganglionnaire ; l'un d'eux a déjà vu cette éruption coexister avec un lupus érythémateux dont les lésions se confondaient avec les siennes; or Tenneson a vu deux fois cette même maladie coïncider avec un lupus : il y a donc de réelles présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de cette dermatose qui constitue un type clinique nettement différencié.

**Sur un lichen plan limité à la muqueuse buccale.** — MM. H. Hallopeau et Schrœder. Des stries opalines radiées ou étoilées le caractérisent : elles en permettent le diagnostic en dehors de toute altération cutanée ; elles sont identiques à celles des boutons de la peau : elles ne sont nullement prurigineuses ; elles ne reconnaissent donc pas le même mode de production que les lichénifications secondaires, consécutives au grattage; l'absence de tout trouble de l'innervation rend peu vraisemblable l'origine trophonévrotique de cette éruption.

**Pemphigus et maladie de Duhring avec troubles nerveux et arthropathies.** — MM. Gaucher et Gastou présentent à la Société deux malades dont les téguments, surtout au niveau des membres, sont couverts de bulles.

La première a, depuis 4 ans, des poussées successives de bulles, avec prurit modéré et conservation d'un parfait état général. La particularité intéressante chez elle est l'aspect des mains et des pieds qui rappelle celui du rhumatisme chronique déformant.

La seconde n'est malade que depuis deux mois, son éruption bulleuse s'accompagne d'un prurit violent, d'un bon état général. Sa maladie actuelle a été précédée d'une hémiplégie il y a trois ans.

L'une et l'autre ont eu de l'œdème des jambes, des troubles trophiques cutanés, chute des poils, des ongles, modifications de la secrétion sudorale.

L'existence de ces phénomènes nerveux est une preuve, pour MM. Gaucher et Gastou, qu'il existe dans la maladie de Duhring une lésion nerveuse, cause de la maladie, qui, si elle n'a pas encore été démontrée, n'en est pas moins probable sinon certaine.

**De l'origine myélopathique des pemphigus.** — M. Gastou insiste sur l'intérêt qu'il y a de noter avec soin les manifestations nerveuses qui surviennent chez les malades atteints de pemphigus. Ces malades présentant souvent à la fois des antécédents nerveux et infectieux, il est difficile d'attribuer au pemphigus l'une ou l'autre.

Les observations démontrent cependant, dans les pemphigus, des troubles nerveux analogues à ceux que l'on a coutume de ranger parmi les troubles trophiques consécutifs aux altérations nerveuses et surtout aux lésions médullaires, tels : les œdèmes passagers et fugaces, les modifications de la sueur, la chute des poils, l'état lisse de la peau, les sensations douloureuses cutanées, voire même le prurit et les bulles.

Rapprochant ces signes cliniques des altérations médullaires constatées dans deux autopsies de maladie de Duhring dont la relation sera publiée en collaboration avec M. Leredde, M. Gastou pense qu'il faut examiner avec soin, chaque fois que l'occasion s'en présentera, le système nerveux et surtout la moelle des malades morts de pemphigus.

Examinant la coupe histologique d'une moelle de maladie de Duhring, M. Gastou fut surpris de trouver autour du canal de l'épendyme et des artérioles, en arrière et autour de la commissure grise, près de la colonne de Clarke et du col de la corne postérieure, des lésions constituées par des amas embryonnaires et de petites dilatations anormales simulant des lacunes.

Signalant ce fait qui a besoin de recherches ultérieures. M. Gastou établit un parallèle entre les signes de la syringomyélie et ceux de la maladie de Duhring et se demande si l'infection ne provoquerait pas une myélopathie dont le pemphigus ne serait qu'une expression objective clinique admise par M. Leredde et démontrée par la présence des éosinophiles dans le sang.

**Erythrodermie mycosique.** — M. Danlos. Malade de 64 ans, déjà présenté pour érythrodermie exfoliante ambiguë peut-être mycosique A l'occasion d'un nouveau séjour à l'hôpital on a constaté une altération profonde de la santé générale et pour la première fois sur le tronc et les membres nombre de nodosités, qui sont depuis quelques jours en régression rapide.

L'une d'elles a montré la structure du mycosis.

Examen du sang : 112,500 globules blancs dont 37 0/0 éosinophiles. Ces constatations semblent confirmer l'hypothèse qu'il s'agit peut-être d'un cas de transition entre la lymphodermie de Kaposi et le mycosis.

**Arthropathies syphilitiques.** — M. Danlos. Homme de 34 ans ayant depuis 1894 la syphilis. La première poussée d'arthropatie survenue en pleine éruption secondaire (s. varioliforme) a présenté l'apparence d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu. Aujourd'hui les coudes et le genou droit sont pris. La différence avec l'arthrite tuberculeuse s'établit par l'absence de fongosités et la nature plus spécialement osseuse de la tuméfaction qui frappe une partie seulement des extrémités articulaires.

**Urticaire pigmentée.** — MM. Dubrisay et Thibierge présentent un enfant de 20 mois atteint d'urticaire pigmentée. L'affection a débuté dans les premiers jours de la vie par des plaques rouges, auxquelles ont succédé des macules pigmentaires accompagnées d'un léger degré d'infiltration du tégument.

Depuis lors, l'affection est restée stationnaire et il ne s'est pas produit les poussées aiguës habituelles dans l'urticaire pigmentée.

**Nævus acnéïque unilatéral en plaques et en bandes.** — M. Thibierge présente une jeune femme de 20 ans atteinte de lésions limitées au côté gauche du corps et caractérisées par la présence de comédons agglomérés. Une plaque occupant la région sus-claviculaire est constituée non seulement par des comédons, mais encore par des kystes sébacés; cette région a été le siège d'ulcérations rappelant l'aspect des gommes scrofulo-tuberculeuses mais

développées au niveau des glandes sébacées. L'affection remonte à la naissance.

**Ecthyma pénétrant de la verge.** — MM. DARIER et CHAILLOUS communiquent l'histoire d'un malade qui se présente le 13 octobre 1896 avec des ulcérations multiples situées sur la couronne du gland, ulcérations qui semblaient comme taillées à l'évidoir. Il n'y avait aucun antécédent syphilitique. Le diagnostic du chancre mou ou syphilitique ne pouvait être admis; aussi les auteurs s'arrêtèrent-ils à celui d'ecthyma ou de pyococcie de la verge, l'examen bactériologique ayant montré l'existence d'un streptocoque.

**Gangrènes pontanée de la verge.** — M. FOURNIER présente un homme qui a vu dans la nuit du 24 au 25 octobre sa verge se tuméfier, puis se sphacéler le lendemain, pour former bientôt des ulcérations creuses, à fond jaune crémeux. Il est difficile de se prononcer sur l'origine de cette gangrène; cependant, on découvre le malade, on voit qu'il présente principalement sur la cuisse droite des folliculites suppurées assez prurigineuses: peut-être, après s'être gratté la cuisse, s'est-il inoculé la verge.

M. DU CASTEL présente aussi un homme atteint de gangrène de la verge dont la cause est inconnue.

**Acanthosis nigricans ou dystrophie pigmentaire et papillaire.** — M. TENNESON montre un malade, âgé de 46 ans, qui a commencé à maigrir en 1893. Il y a six mois est survenue une pigmentation prononcée aux aisselles, au cou..., puis une papillomatose presque généralisée, localisée aussi bien à la muqueuse buccale qu'à la surface cutanée. Le malade présente en outre un prurit assez vif, des troubles digestifs; à l'examen du malade on sent une induration au lobe gauche du foie.

Dans tous les cas d'acantosis observés jusqu'ici il y avait des symptômes et des signes de cancer abdominal, mais on ignore la relation qui existe entre l'acanthosis et le cancer.

M. DU CASTEL montre à ce propos un malade dont le diagnostic peut hésiter entre l'acanthosis et la maladie d'Addison.

**Collodion cadique.** — M. GAUCHER présente un nouveau collodion ainsi composé : collodion à l'acétone 2/3, huile de cade 1/3.

M. VERITÉ a observé un cas d'intoxication arsénicale à la suite d'irrigations nasales à l'eau de la Bourboule mal faites.

L'eau, au lieu de sortir par l'autre narine, était avalée par l'enfant.

**De la Filaire de Médine ou ver de Guinée.** — M. PERRIN rapporte un cas de filaire de Médine, qu'il a observé sur un jeune nègre arrivant du Dahomey et insiste principalement sur le traitement. Celui-ci paraît très simple d'après les ouvrages de dermatologie : on n'aurait qu'à enrouler le ver, dès qu'il se montre, autour d'une baguette, et à le retirer avec précaution; cette opération exigerait dix à quinze heures.

D'après le Dr Perrin, il est loin d'en être toujours ainsi ; les deux cas qu'il a observés à Marseille et ceux qui lui ont été communiqués montrent que le ver de Guinée aux colonies peut causer de graves désordres, produire des accidents redoutables et même la mort, quand il se voit sur des soldats exposés à des infections multiples, aux fatigues, aux privations de toutes sortes. Ils peuvent s'observer aussi en dehors des colonies.

Le malade qui fait l'objet de ce travail était dans de bonnes conditions hygiéniques; à l'apparition du ver sur le bord externe du pied, il resta au repos et lui-même procéda à l'extraction de la filaire comme le font ses compatriotes; malgré ces précautions le ver fut cassé et cet accident fut suivi d'un phlegmon du pied et de la gaîne des péroniers. Après la guérison de cette complication le ver vint se montrer au niveau d'un trajet fistuleux existant dans le premier espace interdigital ; pendant quelques jours, l'extraction fut faite par tractions successives très lentes ; malgré ces précautions le ver s'étant cassé et ne sortant plus spontanément, un nouveau phlegmon menaçant de se produire, on fut obligé de faire des incisions dans l'espace inter-digital et à la plante du pied et d'aller à la recherche du ver. Grâce aux lavages antiseptiques et au drainage, il n'y eut aucune complication et le nègre fut guéri au bout de six semaines.

Dans les pays tropicaux, sur des troupes en colonne, le pronostic est tout autre ; les cas de mort dus au ver de Guinée ne sont pas rares. Aussi pourrait-on, quand le trajet occupé par le ver n'est pas tortueux essayer d'y pousser une injection de sublimé qui tuerait l'animal et désinfecterait le conduit. Quand le trajet est tortueux (ce qui est le cas le plus fréquent) et que le ver siège dans une région étendue, enroulé autour des tendons, le plus simple serait d'agir chirurgicalement en allant à la recherche de l'animal pour l'extraire comme un corps étranger, quand on l'a cassé en voulant le retirer par des tractions successives. En procédant ainsi, on se mettrait à l'abri des accidents trop souvent observés, de phlegmons circonscrits ou diffus, suppurations prolongées, lymphangites et quelquefois gangrène.

Dr BARBE.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 14 nov. — Près. de M.* LADREIT DE LACHARRIÈRE.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Glénard membre correspondant qui assiste à la séance.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal. M. MARTHA fait observer qu'il a consulté plusieurs médecins militaires revenus de Madagascar, sur l'opinion émise par M. Jullien, sur la foi de quelques malades, à propos des bubons blennorrhagiques suppurés. Ces messieurs n'ont jamais eu l'occasion d'observer semblables complications, ce qui ferait rentrer les accidents blennorrhagiques de Madagascar dans la règle commune.

A propos du procès-verbal :

**Sur les déplacements du cœur en rapport avec les déplacements du foie et de l'estomac.** — M. BIANCHI. Dans la dernière séance, M. Duroziez a contesté mon affirmation que le niveau supérieur du foie correspond toujours à la limite inférieure du cœur. A ce propos, je demande la permission de présenter aujourd'hui quelques projections phonendoscopiques en couleur et en photographie, et d'ajouter quelques mots sur cette question.

Par la projection phonendoscopique des organes, on peut facilement retrouver les rapports entre les déplacements du

foie et de l'estomac et les déplacements du cœur. Ce n'est pas une simple hypothèse, c'est la réalité.

Les preuves sont multiples : en physiologie les déplacements de ces organes par la respiration, par la digestion et par les changements de position ; en pathologie ces preuves sont fournies par toutes les causes de déplacements des poumons, du foie et de l'estomac.

Aujourd'hui il suffira de vous présenter les projections phonendoscopiques des déplacements du cœur, du foie et de l'estomac par la respiration, par la digestion et par les changements de position, aussi bien sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure.

Les projections phonendoscopiques ont été faites dans la station physiologique du Prof[r] Marey, avec l'aide de M. Charles Comte, lequel a reproduit en photographie les projections même.

Il faut bien rappeler les conditions anatomiques bien simples des rapports entre le cœur, le foie et l'estomac.

Le cœur, maintenu par les grands vaisseaux, repose sur le plan du diaphragme ; ce plan est soutenu par la surface supérieure du foie et de l'estomac et repoussé en bas par l'expansion pulmonaire.

Lorsque le foie descend avec l'estomac, tout le plan diaphragmatique descend aussi, aidé par l'expansion pulmonaire, et le cœur tombe en bas allongeant le faisceau vasculaire. Lorsque le foie remonte avec l'estomac, tout le plan diaphragmatique remonte aussi, et le cœur est repoussé en haut.

Lorsque le déplacement prédomine d'un seul côté ; alors le déplacement du cœur a lieu de préférence de ce côté.

En conclusion, les déplacements du cœur sont liés aux déplacements du diaphragme et par conséquent aux conditions de la cavité abdominale et spécialement aux déplacements, du foie et de l'estomac.

Cette vériié physio-anatomique est la base fondamentale de l'étude actuelle.

1° *Déplacement du cœur par la respiration* — La respiration ordinaire déplace rythmiquement le cœur, mais d'une quantité presque intraduisible aux recherches phonendoscopiques. C'est dans l'inspiration et dans l'expiration forcées qu'on peut bien constater ce déplacement.

Mais nous trouverons toujours, dans les conditions phisiologiques, que les déplacements du cœur par l'inspiration et par l'expiration, sont proportionnels aux déplacements du diaphragme — le diaphragme est repoussé en bas, par l'inspiration, le cœur descend, lorsque le diaphragme est transporté en haut par l'expiration, le cœur suit cette ascension. Mais l'extension des mouvements respiratoires du cœur est toujours proportionnelle à l'extension des mouvements pulmonaires. La direction du mouvement respiratoire du cœur est toujours verticale plus que transverse ou oblique.

La position des parties du cœur en rapport avec la partie thoracique est peu changée. En conclusion, le déplacement vertical et latéral du cœur par chacun des grands mouvements respiratoires du poumon peut être de 1 à 2 ou 3 cm.

2° *Déplacements du cœur par les changements de position.* — Les recherches sont faites dans les positions sur le dos debout, latérales, centrale et renversée.

Tous les déplacements sont rapportés à la projection phonendoscopique du cœur, du foie et de l'estomac dans la position sur le dos.

1° *Position debout.* — Le foie et l'estomac tombant en bas le plan diaphragmatique ne donne pas appui au cœur, et cet organe se trouve déplacé en bas et à gauche d'une quantité proportionnelle au déplacement de la courbure diaphragmatique. — La position des parties du cœur contre la paroi thoracique se modifie beaucoup et le cœur gauche se trouve roulé en haut et en arrière.

2° *Position sur le ventre.* — Le foie et l'estomac se trouvant déplacés sur la paroi abdominale remontent en haut : le cœur aussi est placé contre la paroi thoracique, et se trouve plus en haut que dans la position debout et dans celle sur le dos.

3° *Position latérale gauche.* — Le foie et l'estomac sont déplacés vers le côté gauche ; le cœur se déplace aussi vers le côté gauche en se rapprochant de la ligne axillaire antérieure.

4° *Position latérale droite.* — Le foie et l'estomac sont déplacés vers le côté droit avec le médiastin, le cœur se rapproche de la ligne mammilaire droite

5° *Position renversée.* — Cette projection phonendoscopique, nous l'avons faite avec l'aide du lit spécial du docteur Chéron de Saint-Lazare. Le cœur est déplacé en haut et le foie et l'estomac sont aussi déplacés comme le cœur. Les rapports des parties du cœur dans cette position sont tels que c'est le cœur droit qui est presque seul en rapport avec les parois thoraciques

3° *Déplacements du cœur par la digestion stomacale.* — Les projections phonendoscopiques sont faites dans la position debout.

Nous avons tracé la projection des organes avec l'estomac vide, après l'injection de 250 centimètres cubes de liquide et après chaque demi-heure. Les résultats sont les suivants :

1° Lorsque dans l'estomac est introduit l'aliment, l'estomac tombe d'une quantité proportionnelle à la quantité de l'aliment, à la résistance des parois de l'organe et à la tension intestinale. Avec l'estomac tombe aussi le foie. Ainsi le diaphragme se déplace en bas et le cœur aussi, en allongeant le faisceau vasculaire et en prenant une position plus verticale et oblique en bas et à gauche.

2° Lorsque par les progrès de la digestion stomacale l'estomac se transporte à droite et en haut, le foie se déplace aussi à droite et en haut et le cœur est refoulé en haut.

3° Lorsque l'estomac se vide de son contenu liquide et gazeux, et que la digestion gastrique est accomplie ainsi que la digestion intestinale, l'estomac et le foie retournent à la position initiale ainsi que le cœur.

En résumé, les déplacements du cœur sont toujours liés aux déplacements du diaphragme et des organes qui servent d'appui à celui ci, le foie et l'estomac.

Les déplacements sont presque seulement verticaux lorsqu'ils ont pour cause la respiration, sont verticaux et latéraux lorsqu'ils ont pour cause la digestion et les changements de position.

Ces déplacements enfin ont un rapport direct avec la grandeur du cœur, la résistance du diaphragme et des organes qui ont rapport avec le diaphragme même.

Toutes les conditions pathologiques qui modifient les rapports de position du foie, de l'estomac et du poumon avec le diaphragme, modifient aussi la position du cœur en séméiologie.

En conséquence il est rationnel et judicieux de rechercher la matité supérieure du foie à droite pour avoir une donnée

ite pour la délimitation de la projection cardiaque. Mais ans les recherches séméiologiques de la projection du eur il faut toujours avoir à se souvenir des déplacements e cet organe peut avoir de par la respiration, la digestion, position et les conditions pathologiques variées.

M. Duroziez. La limite supérieure du foie varie comme e le fait pas la limite inférieure du cœur et ne peut pas rvir de point de repère ; de plus, chacun a sa limite pour tte ligne supérieure du foie suivant la façon dont il per- ite, plus ou moins profondément.

Le cœur n'a pas le même genre de mobilité que le foie, ans l'épanchemeet pleural gauche, la pointe est jetée en as, le cœur est détordu et pend comme un fuseau suivant ligne verticale du sternum. Si la compression vient du ntre, la pointe est relevée en haut à gauche. Le foie peut asculer, mais en masse.

Chez les individus où les gaz s'accumulent facilement ans le côlon, on trouve un jour le foie repoussé en haut, e lendemain le foie rentré à sa place, sans qu'on observe u côté du cœur de déplacement correspondant.

On trouve du côté du diaphragme les mêmes distensions ocales que pour les autres muscles, grands droits, obli- ues, etc. Le foie ne peut pas servir à délimiter le cœur ; s peuvent et doivent être délimités à part, sans souci l'un e l'autre.

M. Bianchi. — J'honore en M. Duroziez un des maîtres e la percussion en France, mais je ne puis me rallier à lui ur cette question. J'affirme de nouveau que la ligne infé- ieure du cœur coïncide toujours avec la ligne supérieure e la matité absolue, non de la matité relative du foie. Les projections phonendoscopiques présentées ne concernent ue l'état physiologique; mais d'ici peu j'espère pouvoir résenter les tracés de projections pathologiques (épanche- ents pleuraux, pneumatose intestinale) qui prouveront urabondamment mes assertions.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Colli- eau, s'excusant de ne pouvoir assister avec assiduité aux éances de la Société, et annonçant l'envoi du journal *Le énie Moderne*, dans lequel il publie des articles d'anthro- ologie et de physiologie cérébrale.— Lettre de M. Armain aud (de Bordeaux), fondateur et secrétaire général de la igue préventive contre la tuberculose, offrant à la Société collaboration de la Ligue, proposant l'envoi de brochures, annonçant une communication sur le sujet pour la 1re éance de janvier. (La Société adresse des remerciements à M. Armaingaud, et accepte ses propositions). — Lettre de M. Bouloumié, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Bebi, remerciant la Société de l'honneur u'elle a fait à sa communication sur l'éther et le chloro- rme. — Lettre de M. le Dr Henry Morau, posant sa can- idature au titre de membre titulaire. — Lettre de M. le rofesseur Tarnowski (de Saint-Pétersbourg) posant sa andidature au titre de membre correspondant étranger, et nnonçant l'envoi d'une brochure.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux ha- ituels. — Le Génie moderne. — Conférence sur l'organi- ation de la Ligue contre la tuberculose, par le Dr Armain- aud (Bordeaux 1893). — Instructions sur les mesures de rophylaxie tuberculeuse, par le Dr Armaingaud, de Bor- eaux. — Bulletin d'oculistique. — Revue des travaux scien- fiques (Ministère de l'instruction publique). Tome XVI, nos 5, 6 et 7. — Prof Benjamin Tarnowsky : la sérothéra- pie dans le traitement de la syphilis.

**Rapport sur la candidature de M. le Dr Germe (d'Arras au titre de membre correspondant national.** — M. Duroziez. M. le Dr Germe a professé la physiologie, les accouchements, les maladies des femmes et des enfants à l'Ecole d'Arras. Il nous a envoyé pour soutenir sa candidature de nombreux travaux qui touchent à tout ce qui concerne la médecine, bureau de bienfaisance, charlatanisme, progrès et routine, Diderot et Bordeu, Ambroise Paré au siège d'Hesdin, de la méthode dans l'évolution des sciences, de l'importance de la physiologie, du secret médical. Il était secrétaire perpétuel de la Société médicale scientifique du Pas-de-Calais et du Nord qui a vécu. Il a pris une part active dans la création de l'Ecole libre d'Arras. En 1895 il a publié un travail important : Recherches sur les lois de la circulation pulmonaire, sur la fonction hémodynamique de la respiration et l'asphyxie, suivies d'une étude sur le mal de montagne et de ballon, précédé d'une préface par M. le prof Potain ; en 1896 : Recherches sur l'activité de la diastole ventriculaire, sur ses causes, son mécanisme et ses applications physiologiques et pathologiques.

M. Germe est un chercheur, un oseur, il délaisse la grande route, il se lance à travers champs, mais toujours sa boussole à la main, c'est à-dire le plesse limite, au mépris de la percussion digitale et de l'auscultation qui l'a souvent trahi.

M. L. Germe est un travailleur original consciencieux, qui fait par lui-même, qui ne recule devant aucun obstacle pour avoisiner la vérité, qui lui sacrifie tout, qui fait honneur à la science. On me permettra quelques critiques, quelques longueurs qui prouvent en quelle haute estime je le tiens. Il me faudrait reproduire ligne par ligne tous ses travaux où rien n'est inutile à l'établissement des lois qu'il pose. L'analyse d'un travail sérieux n'est jamais bien sérieus J'emprunte à M. Germe l'expression même de son idé afin de ne pas l'altérer.

« La circulation du sang et la respiration sont liées si étroitement qu'elles exercent continuellement des réactions l'une sur l'autre. Quoique ces deux fonctions aient été l'objet d'études nombreuses et variées dès les temps antiques, elles présentent encore, spécialement la circulation pulmonaire, beaucoup de problèmes qui ne sont pas encore résolus. Parmi les influences que la respiration exerce sur les phénomènes de la circulation, celle des mouvements respiratoires sur le passage du sang à travers les vaisseaux pulmonaires est très notable ; on peut dire qu'elle prédomine sur toutes les autres et mérite d'être étudiée à fond. Le point principal est celui-ci : la dilatation du poumon, quand elle est produite dans l'aspiration, augmente la capacité du réseau capillaire de cet organe, tandis que la contraction la diminue. De plus, comme dans l'oreillette gauche le sang trouve toujours un accès libre, tandis que dans l'artère pulmonaire il rencontre des résistances, les alternatives respiratoires d'expansion et de resserremen contribuent nécessairement à faire affluer le sang du poumon vers la cavité gauche. Or nombreux sont les problèmes qu'on peut proposer sur cet argument, et, quoique l'auteur, dans l'impossibilité où il se trouvait de donner pour certaines ses opinions sur les actions accélératrices et retardatrices, n'ait pu les résoudre toutes d'une

manière positive, il en montre l'existence et l'importance, et donne de son idée fondamentale beaucoup d'applications, spécialement pour les conditions diverses dans lesquelles cette perturbation, ce désordre, qui causeraient l'asphyxie grave, peuvent se produire. »

*Première loi.* — Tout mouvement inspirateur cause, par la dilatation qu'il détermine dans l'ensemble des canaux pulmonaires, la diminution de pression qui provoque à la fois l'entrée de l'air dans les conduits aérifères et l'afflux du sang venant du cœur droit jusque dans les capillaires de l'artère pulmonaire, avec rétention et parfois même retour dans les canaux et branches des veines pulmonaires.

*Deuxième loi.* — Tout mouvement expirateur provoque le rétrécissement des mêmes canaux qui force le sang à circuler et à sortir des vaisseaux des poumons, comme l'air sort de leurs conduits aérifères, avec cette différence que, ne pouvant repasser par l'orifice d'entrée à cause des sigmoïdes; il se rend dans les veines pulmonaires pour se déverser dans l'oreillette gauche.

*Troisième loi.* — La circulation de l'air dans les conduits aérifères et celle du sang dans les vaisseaux pulmonaires se suppléent; si l'air ne peut pénétrer facilement dans l'arbre aérien, le sang afflue et réciproquement.

*Quatrième loi.* — La circulation du sang dans les poumons est subordonnée, comme celle de l'air, aux mouvements respiratoires; elle se ralentit, s'arrête ou s'accélère suivant que ces mouvements s'affaiblissent, se suspendent ou se précipitent.

Pour la démonstration de ces lois, M. Germe s'est servi de notre amie la percussion qu'il pratique avec une rare habileté et d'expériences physiologiques et instrumentales que j'apprécie moins, les dernières surtout.

Aidé de la percussion, M. L. Germe a suivi les variations de volume du cœur pendant la course.

Pendant la course le cœur droit se dilate, le gauche se retrécit. Le sujet fait en courant une série d'efforts; les mouvements respiratoires sont suspendus ou incomplets; de là ralentissement et arrêt momentanés de la circulation dans les vaisseaux des poumons, et de l'air dans les conduits aérifères. Après la course le cœur droit diminue, le cœur gauche se dilate, des mouvements respiratoires fréquents et parfois profonds accélèrent la circulation pulmonaire et précipitent le sang à gauche.

La suspension de la respiration produit les mêmes effets.

A la suite d'une inspiration profonde, l'oreillette droite et le ventricule gauche diminuent chacun d'un centimètre. Si l'on rend l'inspiration difficile en comprimant en partie les narines, la diminution du cœur est de 2 cent. pour l'oreillette droite et d'un cent. et demi pour le ventricule gauche; en fermant la bouche et les narines, la diminution du ventricule gauche est portée à 2 centimètres; puis l'oreillette droite et le ventricule droit augmentent de volume.

Une forte expiration augmente le volume du cœur gauche, puis du cœur droit; de même pour l'effort, pour la toux.

M. Germe à l'appui de ces données cite un cas de rétrécissement mitral; l'auscultation y est si malmenée que je ne puis m'empêcher de crier holà. J'aime la percussion autant que l'auscultation, je suis donc libre. « Je n'ai pas besoin de rappeler, dit M. Germe, combien sont incertains les signes donnés par les auteurs pour diagnostiquer le rétrécissement mitral, et le désaccord qui existe entre eux sur la valeur des bruits anormaux; les uns soutiennent que dans le rétrécissement mitral il y a bruit de souffle au 2e temps, d'autres au 1er temps. Où est la vérité? Aussi je considère que Peter, dont la rare sagacité lui a permis de s'affranchir de bien des erreurs qui ont cours dans la science, a eu grandement raison de dire que le rétrécissement mitral soulève une *vulgaire* question d'acoustique à propos de laquelle on a fait trop de bruit, et qu'on a beaucoup trop écrit sur ce point de fait, à savoir, si le rétrécissement mitral produit un bruit de souffle. » Ici s'arrête le réquisitoire.

Or, on diagnostique le rétrécissement mitral en une seconde à l'aide de l'auscultation.

Que nous propose M. L. Germe? « Avec le signe que j'ai découvert, il est facile de reconnaître le rétrécissement mitral sans s'inquiéter des bruits qui deviennent des phénomènes secondaires. Il suffit de limiter exactement l'oreillette gauche et le ventricule gauche et de faire faire de fortes inspirations suivies d'expirations prolongées. Si l'oreillette gauche se dilate très fort, si le ventricule gauche se dilate à peine et conserve sa limite dans le voisinage du mamelon, on peut être certain qu'il y a rétrécissement mitral. Si, au contraire, l'oreillette gauche et le ventricule gauche se dilatent largement, c'est-à dire de 2 ou 3 centimètres (l'étendue de la dilatation varie, bien entendu, suivant la force du sujet et sa pression sanguine) on peut être certain qu'il n'y a pas rétrécissement mitral ».

Chacun choisira, pour diagnostiquer le rétrécissement mitral, entre l'auscultatton *vulgaire* de Peter et la percussion, dite *inférieure* par un ancien chef de clinique de Peter, aujourd'hui médecin des hôpitaux, qui n'a pas, comme on le voit, été converti à la percussion. Nous croyons à la puissance des deux moyens.

Dans la *France Médicale* (31 mai 1895) on a écrit sans signature au sujet du livre de M. L. Germe et sans qu'il paraisse protester: « La percussion digitale ne donne que des approximations bien imparfaites: on s'en contente; les besoins sont grands, le temps est mesuré. Le plessimètre, quand on sait le manier, fournit des indications d'une rigoureuse exactitude et de la plus haute valeur. Ce minuscule instrument permet de suivre d'un instant à l'autre les changements que subissent les organes profonds sous l'influence des conditions variées de la vie. Il est en grand au corps humain ce que le manomètre est en petit à la machine à vapeur. Que de secrets révélés à l'aide de cette plaque ou tige mesureur. «

Le doigt, cet organe fin, souple, délié, intelligent, prodigieux, propriété exclusive de l'homme, qui a fait tous nos chefs-d'œuvre, mis à l'arrière ban d'une plaque ou d'une tige qu'on modifie tous les jours, dont on n'est jamais satisfait! Je proteste et je protesterai toujours contre ce blasphème. Vous voulez aller vite, vous n'avez pas le temps. Il n'est pas de plaque, de tige qui remplace l'attention et la volonté. L'erreur est monstrueuse et dégrade l'homme et l'artiste. Allez dire au chirurgien, à l'accoucheur que le doigt n'est bon à rien! Le médecin a tord de proclamer son infériorité digitale.

**Hémomètre auriculaire.** — « M. L. Germe désigne ainsi l'oreillette droite considérée au point de vue des indications que son volume peut fournir relativement à la pression sanguine du système phlébaortique. L'examen plessimétrique de l'oreillette lui donne tous les jours tant de renseignements sur les fonctions du poumon et du cœur qu'il n'hésite pas

, la signaler comme l'un des organes les plus importants à onsulter au point de vue de la séméiotique circulatoire; lle est aussi précieuse à interroger que la langue ou le pouls. a limite de l'oreillette droite se trouve chez l'adulte à 4 entimètres 1/2 ou 5 centimètres de la ligne médiane. A 8 entimètres, il y a dilatation ; le malade est soumis au repos, la révulsion précordiale et à l'usage de la digitaline. »

M. L. Germe accorde à l'oreillette droite une importance que nous acceptons. Nous avons écrit qu'elle fait la bouchée de sang; c'est un organe compliqué, muni de sphincters qui me l'ont fait comparer au pharynx. L'oreillette gauche moins puissante, moins bien outillée, moins intelligente reçoit le sang sous une pression moins forte, mais n'est pas un simple couloir ; à la présystole elle ferme les orifices des veines et ne laisse pas le sang refluer dans les veines pulmonaires, Le poumon est un vaste réservoir placé entre les veines et les artères; il proportionne le débit. M. L. Germe a raison de n'y pas voir uniquement un lieu de transformation du sang veineux en sang artériel. La nature toujours incomparable fait servir un organe à plusieurs fonctions; elle réduit autant qu'elle peut le nombre des fonctionnaires. Elle est économe.

**Théorie nouvelle de la respiration basée sur la prédominance du rôle hémodynamique des mouvements respiratoires et sur l'hypohémie et l'ischémie bulbaire comme cause du besoin de respirer.** — « Le besoin de respirer est le cri du centre respiratoire qui a soif de sang. Ce centre, sentinelle vigilante chargée d'assurer la circulation par la respiration, toujours tenu en éveil par les nerfs de la sensibilité, entre ordinairemant en action sous l'influence de l'excitation causée par l'insuffisance ou le manque de sang dans les artères bulbaires. Pour peu que la pression artérielle baisse, il pousse le cri d'alarme pour avertir la conscience que l'organisme est en danger ; la volonté lui vient en aide et provoque de violentes inspirations destinées à attirer le sang dans les poumons et à l'envoyer, par le cœur gauche, dans les artères. Si le centre nerveux est impuissant à faire exécuter ce rôle, il s'arrête épuisé ; son silence est le signal de la fin. Ce centre respiratoire est composé d'un amas de cellules nerveuses situées dans le bulbe vers la pointe du V du quatrième ventricule au niveau de l'origine des pneumogastriques. Parmi ces cellules les unes président à l'inspiration, les autres à l'expiration. »

Pour M. Germe, la fonction hémodynamique de la respiration prime celle de l'hématose et même celle du cœur. La diastole thoraco-pulmonaire excite le cœur droit en l'alimentant ; elle favorise ses contractions en abaissant la pression du sang de l'artère pulmonaire. La systole pneumothoracique alimente le cœur gauche et excite ses contractions.

L'oblitération totale ou partielle de l'artère pulmonaire démontre le mieux et d'une façon probante que le besoin de respirer n'est pas le besoin d'air, mais le besoin de sang dû à l'hyphémie, puis à l'ischémie du bulbe.

Si la pointe du cœur est soulevée par une cause quelconque, la base du ventricule gauche est portée vers la colonne vertébrale et se rapproche de la paroi postérieure de l'oreillette gauche ; en même temps les parois latérales de l'oreillette font des plis qui obturent en partie l'orifice mitral et les veines pulmonaires. De là le danger de la splénomégalie dans la fièvre pernicieuse.

Dans toute congestion aiguë des poumons, la circulation est ralentie avec dilatation du cœur droit, surtout de l'oreillette gauche, avec diminution du ventricule gauche et abaissement de la pression artérielle. La dyspnée existe malgré l'entrée de l'air dans les ponmons. Qu'on rétablisse la circulation pulmonaire par une saignée ou de puissants révulsifs sur la poitrine, aussitôt le cœur droit diminue, le ventricule gauche augmente ainsi que la pression artérielle.

La circulation pulmonaire du fœtus gène M. L. Germe parce qu'il n'y a pas de mouvement respiratoire. « Avant la naissance, disait-il, les vaisseaux pulmonaires sont formés, les poumons sont gorgés de sang; par leur couleur rouge brun, leur consistance et leur poids, ils offrent une certaine analogie avec le foie. La circulation pulmonaire est rudimentaire ; le sang du cœur droit passe, celui de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche par le trou de Botal, et celui du ventricule droit dans l'artère pulmonaire et de là dans l'aorte par le canal artériel. Alors le ventricule droit qui doit chasser dans l'aorte le sang qu'il reçoit a la même force que le ventricule gauche. — Pourquoi avant la naissance, le sang du cœur droit ne passe-t-il pas par les poumons et se rend-il dans l'oreillette gauche et dans l'aorte par d'autres voies? Avant la naissance les poumons sont immobiles; leurs nombreux canaux aplatis ne subissent aucun mouvement de dilatation ni de resserrement. Malgré sa force le ventricule droit serait impuissant à chasser le sang dans les vaisseaux pulmonaires, aussi ce liquide doit prendre d'autres voies. Rien que par ces faits, il est facile de voir que le sang ne peut traverser un poumon immobile, tandis qu'il circule facilement dans celui qui est alternativement dilaté et resserré. »

M. L. Germe est troublé par son idée. Le poumon reçoit la quantité de sang dont il a besoin, moins que pendant la vie extra-utérine. J'ai expliqué dans mon traité la circulation du cœur chez le fœtus. Le sang est empêché de revenir sur ses pas par des valvules et des sphincters; les sphincters ont un rôle important. Nous trouvons l'application de cette loi dans les conditions anatomiques du trou ovale chez les fœtus. Le sphincter n'agit que pendant la présystole, pendant la période active de l'oreillette, il se contracte et ferme l'orifice, en même temps que le sphincter moyen formé par la valvule d'Eustache; et l'anneau de Vieussens empêche le sang de rétrocéder dans la veine cave inférieure et que le sphincter supérieur s'oppose au retour du sang dans la veine cave supérieure. L'oreillette droite pendant la présystole ne peut envoyer du sang que dans le ventricule droit, tous les autres orifices sont fermés. Dès que l'oreillette ne se contracte plus, le sang de la veine cave inférieure passe dans l'oreillette gauche et celui de la veine cave supérieure pénètre dans l'oreillette droite et le ventricule droit.

M. Germe cite James Wardrop : « Je ne sais, dit-il, sur quels faits sont basées les considérations émises par Wardrop, ou si elles ne sont que des vues de l'esprit; elles sont fondées, et il y a plus de 30 ans que j'ai reconnu qu'il en est ainsi, à la suite de nombreuses expériences de divers ordres. » M. Germe parle de 1861. Le livre de James Wardrop date de 1851 : il est intitulé : Sur la nature et le traitement des maladies du cœur, contenant aussi une étude sur les fonctions musculo-cardiaque, pulmo-cardiaque et veno-pulmonaire.

M. Germe regrettera de n'avoir pas lu le livre de J. Wardrop, dont nous donnons ici un aperçu.

**Phénomènes en rapport avec les organes respiratoires et circulatoires.** — Il y a beaucoup de phénomènes importants qui, j'en suis persuadé, trouveront une explication satisfaisante, maintenant que la connexion intime entre les fonctions du cœur et l'appareil respiratoire a été indiquée, phénomènes qui, bien qu'ils se manifestent constamment, n'ont pas jusqu'ici été étudiés et encore moins expliqués au point de vue de leur rôle dans l'économie. La science médicale eût, sans aucun doute, gagné à ce que les physiologistes, au lieu d'épuiser leur imagination dans des efforts d'expériences, sans profit et contradictoires, au lieu de torturer d'innombrables animaux, se fussent contentés d'observer les phénomènes variés qui se développent constamment dans l'état de santé, et eussent surveillé avec un soin égal les changements variés qu'ils éprouvent dans les maladies. En fait, il est surprenant que les différents actes instinctifs de l'économie, et que nous voyons tous les jours, n'aient pas amené depuis longtemps les physiologistes à examiner dans quel dessein et à rechercher comment des actes si variés étaient produits; car avec un peu de réflexion il aurait apparu que l'uniformité et la similitude dans lesquelles ils étaient toujours développés auraient conduit à quelque explication de leurs effets et de leur influence sur l'économie.

Le sang veineux a gagné les veines caves. L'inspiration aide à le porter dans le cœur droit et aide aussi la circulation du sang dans l'artère pulmonaire, l'expansion des poumons facilitant l'entrée du sang veineux dans l'artère pulmonaire et permettant aussi au sang artérialisé de couler librement à travers les veines pulmonaires. Pendant que l'entrée à la fois de l'air et du sang veineux dans la poitrine a lieu pendant l'inspiration, ainsi, de la même manière, l'air est expulsé et une impulsion additionnelle est donnée au courant du sang artériel pendant l'expiration. La diminution de capacité des poumons et l'affaissement des parois de la poitrine et de l'abdomen qui ont lieu pendant l'expiration, aident par leur pression à la transmission du sang artérialisé des poumons dans le cœur gauche et aident aussi à pousser le sang du cœur gauche le long des grandes artères ; pendant qu'en même temps elles empêchent le courant du sang venant du ventricule droit dans l'artère pulmonaire. L'inspiration peut donc être considérée comme un accessoire, un aide de la circulation veineuse, et l'expiration, de la circulation artérielle, l'une aidant le cœur comme une pompe aspirante, et l'autre comme une pompe foulante. (En face de cette dernière phrase, Wardropp a écrit : Physiologie de Haller). — De là aussi, l'influence réciproque et la coopération qu'on observe dans les deux grandes fonctions de la vie animale et comment nous sommes capables d'expliquer les différentes particularités dans la structure, à la fois de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, qu'on trouve dans les différentes classes d'animaux, particularités destinées à régler et modifier la distribution du sang à travers l'économie, suivant les habitudes et les nécessités des différentes races des êtres organisés. — Pour satisfaire à cette variété de desseins dans l'économie animale, nous trouvons des modifications constantes, quelquefois les inspirations, quelquefois les expirations étant soit allongées, soit raccourcies ; modifications par lesquelles des changements sont produits dans la quantité de sang du cœur ou dans la rapidité du courant du sang. Ainsi la respiration sera observée changée dans les actes de plonger, de tourner rapidement, de se tenir sur la tête ou quand une personne est à bord d'un vaisseau. La respiration est modifiée aussi dans les sanglots, le soupir, le baillement, le rire, le vomissement, le hoquet, tous actes involontaires qui ont pour but d'ajuster la circulation quand elle a été troublée dans la santé comme dans la maladie.

(*A suivre.*)

# VARIÉTÉS

## Syndicat des médecins de la Haute-Saône.

Nous recevons le compte rendu fort instructif de l'Assemblée générale tenue à Vesoul, le 1er août dernier, sous la présidence de M. le Dr Spindler, de Ronchamp. L'Association syndicale comprend comme sociétaires ou la plupart des médecins qui exercent dans le département.

Dans son allocution le président a formulé un certain nombre de vœux qui ont été adoptés par l'Assemblée et il a montré dans une seconde partie les services rendus par l'Association syndicale depuis sa fondation en 1881.

Les vœux sont ceux-ci : une application plus sévère de la loi Roussel pour diminuer la dépopulation; une somme de 25 francs pour chaque médecin appelé à faire un accouchement quelconque, la présence dans le bureau d'assistance d'un médecin du service, toutes les fois qu'il faudra reviser une liste d'indigents ; la revision du tarif des honoraires.

Les honoraires médicaux ont en effet augmenté dans le département; le public a été habitué par l'envoi des notes d'honoraires imprimées, à payer à peu près exactement. L'allocation pour le service des indigents a notablement augmenté depuis l'application de la loi du 25 juillet 1893 sur l'assistance médicale. La somme totale à distribuer entre tous les médecins du département était auparavant de 16.540 fr. 90; en 1895 elle est élevée à 41.320 fr. 80, non compris la vaccination.

Le syndicat ne s'est pas intéressé aux seules questions d'argent, il a contribué à établir entre tous les confrères des relations beaucoup plus cordiales.

Cet exposé se termine par quelques pages sur les œuvres de prévoyance du corps médical français; d'abord l'Association générale des médecins de France, puis la caisse des pensions de retraite, l'Association française des eaux minérales, l'Association amicale des médecins français pour l'indemnité en cas de maladie, enfin la Société de protection des victimes du devoir médical.

Cette petite brochure montre ce qu'a pu faire, dans un de nos départements, une Association syndicale de médecins; dans beaucoup d'autres départements les syndicats travaillent avec la même énergie et il est consolant de penser que sur la plupart des points du territoire le corps médical combat avec la même intelligence et la même activité des conditions qui font à beaucoup de confrères une situation de moins en moins brillante et à d'autres une situation depuis longtemps précaire.

A. H.

# NOUVELLES

**Hôpitaux de Paris.** — La Société des médecins des hôpitaux a décidé dans sa réunion de vendredi dernier les mutations suivants :

M. Barth va à Necker; M. Oulmont, à la Charité; M. de Beurmann, à Saint-Louis; M. Comby, aux Enfants Malades; M. Legendre, à Saint-Antoine; M. Bourcy, à Broussais; M. Brocq, à Broca; M. Galliard, à Laënnec; M. Richardière, à Trousseau; M. Delpeuch, à Cochin; MM. Béclère, Giraudeau et Achard, à Tenon; M. Marfan, à Debrousse; M. Lebreton, à Sainte-Périne, M. Widal, à Dubois; M. Darier, à la Rochefoucauld; M. Thoinot, aux Ménages.

Ces changements auront lieu le 25 décembre, mais l'absence de M. Œttinger à la dernière réunion amènera sans doute quelques modifications dans cette liste.

**Le Conseil municipal de Paris** sur la proposition de M Breuillé a émis un avis favorable à la création d'un service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière. La dépense évaluée à 700.000 francs, sera prélevée sur les fonds provenant du pari mutuel.

**Hôpital Boucicaut.** — Cet hôpital sera ouvert le 1er juillet 1897. Il comportera tout d'abord un service de médecine et un service de chirurgie.

**Corps de santé militaire.** — Val-de-Grâce. Les membres du jury du concours pour deux places de professeur agrégé (médecine opératoire, anatomie), qui s'est ouvert le lundi 16 novembre au Val-de-Grâce, sont : M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président; MM. les médecins principaux de première classe Robert, Delorme et Gentil; M. le médecin principal de deuxième classe Bar, et M. le médecin-major de première classe Mignon.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Ecot, Fargin, Hassler, Huguet, Loison, Marcus, Mitry, Rioblanc et Sieur.

Le sujet de la composition écrite a été : « De la péritonite traumatique. »

— Par décision ministérielle, en date du 15 novembre 1896, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés ou ont reçu les affectations suivantes :

MM. les médecins-majors de première classe Brachet, pour l'hôpital militaire de Bordeaux; — Radouan, pour l'emploi de médecin-chef de l'hospice mixte de Vernon; — Trifaud, pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de Tarbes; — Augé, pour le 126e d'infanteria.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Zimmermann, pour le 44e d'infanterie; — Lévêque, pour le 100e d'infanterie; — Toussaint, pour le 26e d'infanterie; — Lemoine, pour le 51e d'infanterie; — Pailloz, pour le 24e d'infanterie; Krantz, pour le 160e d'infanterie; — Bonjean, pour le 14e chasseurs à cheval; — Pouillaude, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Boyé, pour le 4e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Jantet, pour l'école spéciale militaire; — Jaubert, pour le 123e d'infanterie; — Delom-Sorbé, pour le 34e d'infanterie; — Manon, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Vitoux, ponr le 154e d'infanterie; — Tournier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de première classe Gilliard, pour le 1er régiment étranger; — Claude, pour le 159e d'infanterie; — Georges, pour le 26e d'infanterie; — Darricarrère, pour l'hôpital militaire de Marseille; — Moinet, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Hotchkiss, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Jenny, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Peyrolle, pour le 19e d'artillerie; — Labadie, pour le 163e d'infanterie; — Faure, pour le 88e d'infanterie.

**Assemblée générale du Concours médical.** — Dimanche dernier a eu lieu, sous la présidence du Dr Cézilly, président, l'assemblée générale du Concours médical. Après une discussion approfondie, on adopte la création d'une caisse de pensions pour les veuves et les orphelins du corps médical. Le *Concours* fait les frais d'études nécessités par la création de cette caisse et les statuts de la nouvelle société seront soumis à la prochaine assemblée générale.

M. Jeanne fait un intéressant rapport sur la création par les médecins eux-mêmes des établissements médicaux qui, manquent à la France (sanatoria, etc.), et sur l'exploitation avec leurs propres finances de ceux déjà créés ou à créer maisons de santé, eaux minérales, etc.). Ces créations et exploitations sont, après discussion, déclarées absolumen licites et en conformité avec les principes de déontologie.

M. Richard, de Lille, proteste contre la création de consultations payantes dans les hôpitaux de Lille. M. Bérillon fait observer que non seulement les consultations payantes mais encore l'admission des malades payants dans les hôpitaux est illicite. Sur la demande de M. Archambault, la question est renvoyée à l'étude du Conseil qui la mettra à l'ordre du jour de la prochaine assemblée générale.

Sur la proposition du Dr Archambault, on préside à la nomination de deux membres pour représenter le Concours médical au sein de la Ligue pour la réorganisation de l'enseignement médical en France. MM. Rolland, de Toulouse, et Valentin, de Paris, sont élus délégués.

M. le Dr Ledé fait connaître à la Société le projet de Jubilé Théophile Roussel.

Ce Jubilé aura lieu à la Sorbonne, dans le grand amphithéâtre, le dimanche 20 décembre, à une heure de l'après-midi. Le comité se compose de MM. Henri Monod, Thulié, Bergeron, Brouardel, Girot, Marbeau, Gruaud, Bourillon et Ledé, secrétaire général (quai aux Fleurs, 19).

A l'issue de la séance, un banquet de plus de cent couverts a réuni les membres du Concours médical et de l'Association amicale; ce banquet s'est terminé par des toasts dans lesquels revenaient à chaque phrase les mots d'union de solidarité et d'indépendance. Les principaux orateurs ont été MM. Cornil, professeur à la Faculté de médecine de Paris, sénateur; Cézilly, Viger, ancien ministre; Bourillon, Pédebidou, députés; Jeanne, Grasset, Maurat, Léon, Marie, Rolland, etc.

**Association amicale des médecins français.** — L'assemblée générale annuelle a eu lieu dimanche dernier sous la présidence de M. Cézilly, président, assisté de MM. Maurat, Jeanne, Grassot, et Archambaud, membres du Conseil, et de Fourmestreaux et Hervouet, contrôleurs.

Après une vibrante allocution du président, M. Jeanne, secrétaire général, donne lecture du rapport sur la situation morale de l'œuvre qui comprend aujourd'hui 371 sociétaires.

Environ 11,000 francs d'indemnités ont été versés aux sociétaires malades. Tout nous fait bien augurer, dit-il, pour l'avenir de la Société, mais il est étonnant que des régions entières, le Sud-Ouest de la France, par exemple, restent presque complètement étrangères à notre œuvre. Il fait appel à la solidarité et demande à chacun des membres de vouloir bien faire auprès de ses confrères une propagande qui, tout en étant utile à l'œuvre elle-même, rendra de très réels services à la profession tout entière.

M. Gassot, trésorier, donne ensuite lecture de son rapport sur la situation financière qui est des plus prospère, l'actif actuel de l'association atteignant presque le chiffre actuel de 50,000 francs, Des félicitations unanimes sont adressées au trésorier qui a entrepris et mené à bien une tâche aussi lourde et aussi ingrate.

Après l'adoption de quelques modifications destinées à préciser certains articles des statuts, on passe à la nomination des contrôleurs pour l'année 1896-1897. MM. Hervouet, de Paris et Gille, de Garche, sont élus à l'unanimité. (*Rev. Méd.*)

**Association de la presse médicale française.**— Le 6 novembre 1896 a eu lieu le trente-quatrième dîner de l'Association de la Presse medicale française, sous la présidence de M. le Pr Cornil. 24 personnes y assistaient.

M. le Dr Archambaud, directeur de la *Revue médicale* (de Paris) ; M. le Dr Cabanès, directeur de la *Chronique médicale* (de Paris), ont été élus membres de l'Association à l'unanimité. — M. le Dr Saint-Germain a été élu en remplacement de M. Cadet de Gassicourt *(Revue des Maladies de l'Enfance)*, et M. le Dr Noir, en remplacement de M. Meugy (*Bulletin de l'Union des Syndicats médicaux de France*).

Le Secrétaire général a communiqué à la réunion le résultat des démarches tentées à propos du Cinquantenaire de l'anesthésie et les documents qu'il a reçus relativement au Congrès de Moscou. *Le Secrétaire général*, Marcel Baudouin.

**Médecins et maladies contagieuses.** — En faisant la déclaration des cas de maladies épidémiques, le médecin acquiert-il le caractère de citoyen chargé d'un service ou d'un mandat public ? M. le Dr G. Verdié (d'Arpajon) ayant eu l'occasion de faire au cours de l'année dernière la déclaration de quelques cas de diphtérie, l'*Echo arpajonnais* publia le 16 novembre 1895, un article diffamatoire contre ce médecin. Fort de son droit et de l'exactitude de ses diagnostics bactériologiques, contrôlés d'ailleurs dans un des laboratoires de la Faculté de médecine de Paris, M. le Dr Verdié assigna l'auteur de l'article et le directeur du journal devant le tribunal correctionnel de Corbeil qui, le 7 février 1896, a condamné le premier à 50 fr. et le second à 25 fr. d'amende et aux dépens. Ce jugement ayant été confirmé par la Cour d'appel de Paris, le 13 juin dernier, l'auteur de l'article diffamatoire s'est pourvu en cassation, en faisant valoir à l'appui que les médecins remplissaient une fonction publique, lorsqu'ils faisaient la déclaration obligatoire des cas de maladies épidémiques et que dès lors la juridiction correctionnelle n'était pas compétente. Mais, le 22 octobre 1896, la Chambre criminelle de la Cour de cassation a rejeté ce pourvoi. (*Progrès médical.*)

**Maladie du larynx, du nez et des oreilles** — Le Dr Baratoux reprendra son cours public et gratuit d'exercices pratiques sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, à sa clinique, 33, rue Saint-André-des-Arts, le mardi 1er décembre à 4 heures, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

**La mortalité à Paris.**—Pendant la 46e semaine, le service de la statistique a compté 889 décès au lieu de 884 et de la moyenne 866.

Les maladies épidémiques continuent à être rares (18 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 39) ; la fièvre typhoïde a causé 7 décès comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 9, la rougeole 4 au lieu de 2 et de la moyenne 3, la scarlatine 1 au lieu de la moyenne 2, la coqueluche 3 au lieu de 4 et de la moyenne 3, la diphtérie 3 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 18.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 31 décès au-dessous de 1 an au lieu de 37 et de la moyenne 32.

En outre 22 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 117 décès (au lieu de 88 pendant la semaine précédente et au lieu de 110, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 20) ; bronchite chronique, 21 décès (au lieu de la moyenne 30) ; broncho-pneumonie, 37 décès (au lieu de la moyenne 31) ; pneumonie, 47 décès (au lieu de la moyenne 39). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 51 décès, dont 33 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 197 décès au lieu de la moyenne 186; la méningite tuberculeuse, 17 décès; la méningite simple, 18 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 20 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 59 décès, et les maladies organiques du cœur, 74; le cancer a fait périr 49 personnes. Enfin, 34 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 12 suicides, et 10 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 412 mariages.

On a enregistré la naissance de 1105 enfants vivants (584 garçons et 521 filles), dont 775 légitimes et 330 illégitimes. Parmi ces derniers, 57 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 352 enfants, dont 16 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 90 seront nourris au sein et 262 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 79 mort-nés (dont 49 légitimes et 35 illégitimes).

**Nécrologie** — Le Dr Roux (Benjamin), de Rochefort, ancien inspecteur du service de santé de la marine, correspondant de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 83 ans. — Le Dr Vaillant (Eugène), de Marange-Sylvange, (Lorraine) décédé à l'âge de 58 ans.— Le Dr E. de Grandmaison, de Néris, reçu en 1850, ancien médecin de la marine, décédé à Mareuil-sur-Arnon (Cher). Nous adressons à son fils, le Dr F. de Grandmaison, nos plus sincères condoléances — Le Dr Bocquet, de Maubeuge reçu en 1857.

**VIN AROUD** (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 50 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestins.**

**PILULES DE QUASSINE FREMINT**
**Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas**

CHOUSSY **LA BOURBOULE** PERRIÈRE
*Anémie, Diabète, Voies respiratoires*
**MALADIES de la PEAU, RHUMATISMES**

SACCHAROLÉ de quinquina VIGIER 1 cuillerée à café au repas

*Le Gérant* : A. Chevailleraud

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.